

領 據

茲領取公會發放會員醫師之快篩試劑

特此證明

※快篩試劑由公會會費購買給予會員醫師一人五劑防疫，
發完為止。

（一人限領五劑，不得代領）

診所名稱：

醫師姓名：

委 託 人：

請務必蓋醫師章：

醫師章

中 華 民 國 年 月 日